UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

LES TUMEURS TÉRATOÏDES DE LA RÉGION CERVICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mars 1911

PAR

Léon GEYER

Né à Tarascon (Bouches-du-Rhône), le 14 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

ESTOR, professeur, *président.*
VIALLETON, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

LES
TUMEURS TÉRATOÏDES
DE LA
RÉGION CERVICALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 43**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES TUMEURS TÉRATOÏDES DE LA RÉGION CERVICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mars 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Léon GEYER

Né à Tarascon (Bouches-du-Rhône), le 14 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse (*Assesseurs*)

- ESTOR, professeur, *président*.
- VIALLETON, professeur.
- GAUSSEL, agrégé.
- MASSABUAU, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. ESTOR, *président.*	MM. GAUSSEL, *agrégé.*
VIALLETON, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

L. GEYER.

A MA TANTE I. AUDIBERT

Qui m'a prodigué des soins maternels depuis mon enfance, qui m'a encouragé et aidé pendant mes etudes médicales, faible témoignage de ma reconnaissance et de ma piété filiale.

L. GEYER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLETON

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

GAUSSEL ET MASSABUAU

L. GEYER.

A TOUS MES AMIS

Dont la sympathie et la franche cordialité ne m'ont jamais fait défaut.

L. GEYER.

Nous avons à cœur, à la fin de nos études, de nous retourner vers nos maîtres et de les prier d'accepter nos remerciements pour tout ce que nous leur devons et parce qu'ils sont les principaux artisans des satisfactions très vives que nous avons trouvées dans l'étude des sciences médicales.

Nous n'oublierons pas que l'intérêt soutenu que nous avons porté à ces études a été encouragé et cultivé par la bienveillante sollicitude qu'ils nous ont accordée dans leur enseignement, par la conviction et l'enthousiasme qui se dégageaient de leur parole et qui nous entraînaient dans la même admiration pour la science qu'ils aimaient.

Nous avons tout particulièrement ici le devoir d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Massabuau, qui nous a accordé obligeamment l'autorité de sa direction dans l'accomplissement du présent travail et qui a mis à notre disposition tous les éléments nécessaires pour nous permettre de le mener à bonne fin.

Nous tenons aussi à exprimer à M. le professeur Vialleton, à qui nous devons le goût réel que nous avons apporté à l'étude de l'histologie et dont les travaux si riches en conséquences sont une des principales raisons d'être de notre thèse, combien nous nous sentons honoré qu'il ait bien voulu prendre connaissance de notre travail, nous conseiller et nous éclairer sur la façon d'envisager les questions que nous avons abordées.

Nous devons encore nos remerciements à M. le professeur Estor, dont nous nous félicitons d'avoir été le stagiaire et l'élève, qui nous a fourni une partie importante des matériaux dont nous avons eu besoin pour notre thèse et qui nous fait l'honneur d'être notre président.

Nous remercions enfin M. le professeur agrégé Gaucher qui a eu l'amabilité de se joindre à nos autres juges.

LES
TUMEURS TÉRATOÏDES
DE LA
RÉGION CERVICALE

AVANT-PROPOS

Nombreux ont été les débats lorsqu'il s'est agi de trouver une classification scientifique aux tumeurs congénitales de la région cervicale. En effet, pour être vraiment rationnelle, cette classification devait se baser sur la signification histologique et embryogénique des tissus souvent très complexes qui entrent dans la constitution de ces tumeurs, sur leur pathogénie.

Or, cette pathogénie, restée jusqu'à nos jours assez obscure, semble avoir été éclairée d'un jour nouveau par des travaux récents qui ont paru dans ces dernières années et qui, fixant d'une façon précise la genèse de la formation du cou chez l'embryon, ont éliminé par cela même toute une catégorie d'hypothèses assez généralement admises jusqu'alors.

Les données de l'anatomie pathologique, l'observation plus étroite de tumeurs analogues, développées dans les organes les plus différents de l'économie, ont fourni un

apport précieux pour la compréhension de ces tumeurs. L'analogie de structure et d'évolution de celles qui apparaissent soit dans l'ovaire, le testicule ou la région coccygienne ou encore dans diverses autres régions où elles sont moins communes, a permis d'élargir le cadre étroit des théories jusqu'alors conçues et qui limitaient le processus à une aberration purement locale et spéciale pour chaque région se rapportant au développement embryonnaire de l'organe sur lequel la tumeur était implantée.

S'il n'est pas encore permis de dire que l'on soit sorti dorénavant du champ des hypothèses, du moins pouvons-nous affirmer qu'il est permis aujourd'hui de fonder ces hypothèses sur des bases plus scientifiques et plus conformes à ce que nous ont révélé les travaux des histologistes et des anatomo-pathologistes, les premiers en éliminant une cause d'erreurs nées de la conception inexacte du développement du cou chez l'embryon, et les autres en nous donnant une étude plus approfondie de la constitution microscopique et du groupement des feuillets de ces diverses tumeurs dans les organes où on les rencontre le plus fréquemment.

Lorsqu'on étudie la texture microscopique et l'évolution de la variété la plus intéressante de ces tumeurs, nous voulons parler des tumeurs à tissus complexes du cou, comme de l'ovaire et du testicule, on est frappé de la ressemblance très grande qui apparaît dans la composition et le groupement de leurs éléments. Un parallèle s'impose, qui rapproche ces formations histologiquement identiques. Et l'étude que nous avons entreprise dans cette thèse des tumeurs les plus complexes du cou, c'est-à-dire des tératomes de cette région et leur rapprochement des tératomes des autres organes, et plus particulièrement du testicule et de l'ovaire, s'efforcera de faire ressortir l'iden-

tité de ces tumeurs et de démontrer qu'il n'est pas irrationnel de leur accorder la même signification histologique et embryogénique, le même substratum originel.

Jusqu'à ces dernières années, on assignait aux tumeurs congénitales du cou une origine branchiale, et on les considérait comme des restes embryonnaires provenant d'anomalies dans la soudure des arcs branchiaux et d'enclavements de tissus embryonnaires. C'était là une théorie d'origine allemande dont Veau s'était fait en France le principal défenseur. Cette théorie, séduisante au premier abord, fut fertile en déductions pathogéniques qui prétendaient expliquer la genèse de ces tumeurs cervicales complexes, où apparaissaient des tissus dérivés des 3 feuillets du blastoderme ayant évolué par la suite sans plan et d'une façon désordonnée. Encore était-il difficile de trouver une signification satisfaisante à la multiplicité et à la complexité de ces tissus composants. Nous verrons plus loin comment les travaux les plus autorisés d'histologistes éminents ont fait justice de cette théorie généralement admise jusqu'à nos jours, en montrant par le microscope et avec pièces à l'appui, l'inexactitude des données sur lesquelles elle reposait.

CLASSIFICATION. — DISCUSSION DE LA THÉORIE BRANCHIOGÈNE

Nous tracerons d'abord dans ses grandes lignes la classification généralement admise jusqu'à nos jours de ces prétendues tumeurs branchiogènes du cou.

Elles se divisaient en deux grands groupes :

1° Les tumeurs kystiques simples ;

2° Les tumeurs solides congénitales du cou.

Pour les premières, on admettait la classification classique des traités de Lannelongue et de Kirmisson, qui reconnaissent deux variétés principales de tumeurs kystiques de la région latérale du cou : 1° les kystes dermoïdes, développés aux dépens des restes du sillon branchial externe ; 2° les kystes mucoïdes, provenant de restes de la partie entodermique des fentes branchiales.

a) Cependant, d'une part, Sultan montra que les kystes dermoïdes vrais de la région latérale du cou étaient relativement rares, et Terrier et Lecène expliquèrent ensuite que les nombreux kystes signalés par Sultan devaient avoir une origine pharyngienne et devaient résulter de l'enclavement, puis du développement néoplasique ultérieur d'un des diverticules de la paroi pharyngienne primitive destinée à former l'amygdale. Cela ferait comprendre le revêtement pavimenteux de ces kystes et leur richesse en tissu lymphoïde.

Pourtant, tant était implantée et semblait séduisante la théorie de l'origine branchiale, que malgré cette explication Terrier et Lecène rangent encore ces kystes parmi les kystes branchiaux d'origine entodermique.

b) D'autre part, en ce qui concerne les kystes mucoïdes à revêtement cylindrique, on remarque qu'ils sont surtout médians, et leur étude semble bien nous indiquer qu'ils aient une origine thyroïdienne ou parathyroïdienne.

3° Une troisième variété fut enfin distinguée, représentant des kystes mixtes, à la fois revêtus en partie d'un épithélium pavimenteux et en partie d'un épithélium cylindrique. Ce sont les kystes dermo-mucoïdes.

Il est intéressant de noter que dans son étude fondamentale des kystes congénitaux. Lannelongue ne donne aucune description des tumeurs kystiques multiloculaires du cou, dont la genèse est rapportée au développement des restes branchiaux. C'est surtout la littérature allemande qui nous offre quelques observations éparses de ce genre de tumeurs dont l'histoire touche de près à celle des grands groupes précités.

A côté des kystes branchiogènes, on a étudié un groupe de tumeurs très différentes. Ce sont des tumeurs polykystiques avec ou sans parties solides. Il en existe trois types principaux :

1° Les kystes séreux congénitaux du cou des enfants, considérés encore généralement aujourd'hui, quoique sans base solide, comme des lymphangiomes kystiques ;

2° Les tumeurs polykystiques parathyroïdiennes développées aux dépens des ébauches thyroïdiennes latérales destinées à former les glandules parathyroïdes ;

3° Un troisième groupe de ces tumeurs polykystiques est désigné : tumeurs branchiogènes, surtout en raison de la très grande complexité de leur structure.

Quant aux tumeurs solides congénitales du cou, on les classe sous deux grands chefs :

1° Des tumeurs à évolution maligne, désignées : épithéliomas branchiaux, bien décrites par Veau ;

2° Les branchiomes bénins qui peuvent subir une dégénérescence épithéliomateuse et devenir des épithéliomas branchiaux de la première catégorie.

Le type le plus net de ces derniers est représenté par les tumeurs mixtes développées au voisinage des glandes salivaires. On peut considérer certaines d'entre elles comme de véritables embryomes simplifiés au sens de Wilms et de Pick.

3° Enfin, le type le plus complexe de ces tumeurs solides est représenté par les tératomes du cou, ceux qui feront l'objet particulier de notre étude.

Telle a été jusqu'à nos jours la classification des tumeurs du cou, classification basée sur la théorie pathogénique de l'origine branchiale, que tous croyaient pouvoir admettre sans conteste jusque-là, sur la foi de Veau et des histologistes allemands.

Or, dans ces dernières années, des découvertes histologiques retentissantes, riches d'enseignement et de conséquences, sont venues démontrer irrévocablement l'erreur fondamentale sur laquelle avait été échafaudée la théorie de l'origine branchiale.

Dans une série de longs et patients travaux puissamment documentés sur le développement du cou chez l'embryon, M. Vialleton a bien mis en évidence le rôle effacé des arcs branchiaux dans la constitution du cou, et a rapproché ce fait de celui de la disparition précoce de ces arcs et du sinus précervical longtemps avant l'époque où sont observées les grandes cavités cervicales. En effet, Soulié et Bardier ont montré que les arcs dispa-

raissent ou perdent leur forme chez des embryons de 14 millimètres, et que le sinus précervical à cette époque est déjà fermé. Il s'ensuit que l'argumentation de Veau s'est effondrée puisqu'elle manque désormais de base scientifique, puisqu'elle s'appuyait précisément sur ce point reconnu inexact aujourd'hui de la présence dans le cou d'embryons déjà âgés, c'est-à-dire de plus de 14 millimètres, de cavités volumineuses qui seraient dues à l'enclavement du premier sillon branchial externe par soudure des deux premiers arcs ou à un reste du sinus précervical.

Ce point étant définitivement acquis de la non-légitimité de la pathogénie branchiogène, ce qui enlève toute valeur scientifique à la classification précédente, nous laisserons de côté quelques-unes d'entre les tumeurs du cou que nous n'avons pas en vue dans notre étude, et qui sont manifestement dépendantes du pincement de l'entoderme pharyngien, d'une ébauche parathyroïdienne ou encore d'une origine lymphatique, tous processus que nous devons bien admettre. Nous sommes alors amenés, puisque rien ne nous oblige désormais à invoquer nécessairement dans la genèse de nos tumeurs un processus purement local, à sortir du cadre où s'étaient en quelque sorte enfermées les théories anciennes, à rapprocher dans la même revue nos tumeurs complexes du cou et celles des autres régions avec lesquelles leur analogie est si grande, à chercher enfin dans l'étude commune de leurs caractères et de leur évolution, si leur signification et leur genèse ne se résument pas en somme dans une explication commune qui les embrasse toutes.

C'est ce que l'étude approfondie des diverses observations que nous avons pu réunir concernant les tumeurs tératoïdes du cou et leur parallèle avec des tumeurs analogues de quelques autres organes, tendra à démontrer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs tératoïdes du cou sont des tumeurs complexes qui contiennent des produits des trois feuillets blastodermiques.

Ces feuillets se développent d'une façon plus ou moins complète et plus ou moins désordonnée, produisant des formations qui ressemblent aux tissus de l'embryon et parviennent quelquefois à un degré de développement assez avancé pour rappeler divers appareils, tels que rebords alvéolaires, fragments d'intestin, système respiratoire, ébauche de substance nerveuse cérébrale.

Ce qui caractérise ces tumeurs, c'est la présence de tissus multiples et étrangers à la région où la tumeur se développe.

Cette définition peut d'ailleurs s'appliquer aux tératomes de toutes les régions où ces tumeurs se présentent.

Partout on rencontre cette même complexité des tissus et ce même caractère hétérotopique, que ce soit dans l'ovaire, le testicule, ou la région sacro-coccygienne, on trouve dans l'un comme dans l'autre de ces organes différents du système nerveux, des ébauches de rein, de maxillaires, de mésentère, d'intestin.

Nous exposerons en premier lieu l'étude macroscopique, puis nous passerons à l'étude microscopique sur laquelle nous nous étendrons davantage, parce qu'elle est la plus

intéressante, parce que c'est elle qui nous révèle le mieux l'identité de ces diverses formations en plaçant sous nos yeux leurs éléments constitutifs les plus intimes que nous pouvons alors rapprocher et juxtaposer en quelque sorte dans leurs derniers détails.

Anatomie Macroscopique

Le volume de ces tumeurs est variable : comme un œuf, une mandarine, comme le poing, et parfois plus considérable, comme dans les tumeurs de Bury et d'Adelmann, dont les dimensions dépassaient la grosseur de deux fois la tête d'un fœtus à terme. Leur consistance est variable d'un point à un autre, selon les tissus qui sont contenus en ces différents points. D'autre part, tandis que certaines tumeurs tout entières ont une consistance surtout molle, telle la tumeur de Weyl et celle de Poult (et ces tumeurs renferment toutefois, elles aussi, quelques nodules plus durs), d'autres tumeurs, au contraire, et la nôtre est de ce nombre, présentent dans la plus grande partie de leur étendue une dureté comparable à du cartilage et même à du tissu osseux.

Le siège de nos tumeurs tératoïdes est la partie latérale ou médiane du cou dans une zone qui s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule, et elles peuvent enclaver en partie les divers organes qui se trouvent dans cette région : corps thyroïde, vaisseaux du cou, clavicule, etc.

La peau est le plus souvent mobile au-dessus de la tumeur, mais cette dernière est généralement fixée par des adhérences au plan profond.

Isolée de ses connexions environnantes, la tumeur ap-

paraît comme une masse bosselée et irrégulière le plus souvent enveloppée par une capsule conjonctive. Le scalpel crie à la section. La surface de coupe présente une mosaïque d'aspects assez divers : placards blanchâtres, grisâtres ou granuleux, ou masses rougeâtres qui font hernie hors des kystes, portions solides, d'autres molles et quelquefois liquides. Dans notre tumeur, l'ensemble des kystes constituait un gâteau aréolaire ressemblant à un gâteau de miel ou à du pain bien levé. En certains points peuvent apparaître des organes embryonnaires complets, os des membres, maxillaire inférieur, dents, cheveux.

Tout ce que nous venons de dire sur la constitution macroscopique des tératomes du cou s'applique, point par point, à ceux des autres régions. Nous n'aborderons donc pas ici ces derniers, l'intérêt de ce rapprochement n'étant pas aussi grand au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique que nous allons étudier maintenant.

Etude Microscopique

Nous étudierons successivement :

1° Les épithéliums dérivés de l'ectoderme.

2° Les épithéliums dérivés de l'entoderme.

Ces deux groupes peuvent l'un et l'autre se scinder en 1° épithéliums de revêtement, et 2° épithéliums glandulaires.

I. Epithéliums dérivés de l'ectoderme

I. En ce qui concerne le premier groupe, nous trouvons dans les tumeurs du cou des épithéliums de revêtement qui, le plus souvent, sont disposés à la surface des cavités

kystiques. Les types d'épithélium rencontrés là sont très variés et souvent même dans la même cavité on voit les types les plus divers se succéder et se côtoyer en quelque sorte, parfois brusquement et sans transition.

Tantôt cet épithélium ectodermique est pavimenteux, offrant un aspect qui se rapproche de l'épiderme avec des cellules profondes, cubiques, arrondies ou ovalaires, formant une couche plus ou moins continue et implantée parfois directement sur le tissu conjonctif environnant sans trace de basale. Cela se voit par exemple dans le cas de Malravens, de Weyl, dans quelques cavités de la tumeur de Mac Gregor et dans notre propre observation.

Au-dessus de cette couche profonde se superposent plusieurs strates de cellules qui sont, ou bien toutes aplaties, ou plus ou moins semblables aux cellules du corps de Malpighi.

Dans certains cas, on retrouve la structure presque parfaite de l'épithélium cutané ou d'une muqueuse dermo-papillaire.

Il est assez fréquent de rencontrer des portions de cavités kystiques, tapissées uniquement par cette seule couche de cellules cubiques, dont l'interprétation est assez difficile. Cela se voit dans les observations de Poult, Mac Gregor, Herr, Ficheux et notre observation. Il semble bien que dans quelques cas, ces épithéliums cylindriques ou cylindro-cubiques, sans plateau, sans cils, sans cellules caliciformes, représentent l'ectoderme neural primitif de l'embryon, le neuro-épithélium. Herr insiste particulièrement sur cette interprétation. Et nous verrons dans sa tumeur, dont nous reproduisons plus loin la relation *in-extenso*, qu'il a trouvé dans les cas dont il nous entretient à la fois des formations qui ressemblent au neuro-

épithélium, à côté d'autres également à épithélium cubique et qu'il identifie avec les plexus choroïdes.

On trouve enfin un dernier genre de revêtement épithélial d'origine ectodermique. Il s'agit d'un épithélium formant un revêtement, soit partiel, soit total à certaines cavités kystiques et qui se compose de cellules plates avec un noyau allongé, offrant l'aspect d'un épithélium pavimenteux simple, très bas, semblable à un endothélium, dans lequel on ne distingue pas toujours très nettement les limites des diverses cellules. Il s'agit bien là de quelque chose de très comparable à l'ectoderme cutané du très jeune embryon ou à l'ectoderme amniotique. C'est donc probablement une formation qui représente l'ectoderme chorio-amniotique.

Nous le rencontrons dans les observations de Zahn, de Wetzel, de Poult et dans notre cas.

On voit fréquemment, et cela a été noté dans la plupart de ces tumeurs, les cellules épithéliales proliférer du côté de la périphérie et pousser dans le tissu conjonctif périkystique des sortes de traînées ou de cordons formés de cellules qui affectent différentes formes : traînées de cellules polygonales ou cubiques, ou à type pavimenteux, ou bien encore à type malpighien net. Ces cordons se creusent en certains endroits de cavités centrales, dues probablement à la dégénérescence cellulaire. Cela existe dans les cas de Zahn, Schimmelbusch, Malravens, Ficheux et le nôtre.

Bien que ces cordons cellulaires offrent une disposition comparable aux tubes de l'épithélioma tubulé, il n'y a pas lieu de songer ici à un épithélioma.

Il s'agit vraisemblablement d'un processus identique à ce que l'on voit chez l'embryon lorsque des masses cellu-

laires, issues des épithéliums, se disposent sous forme de bourgeons pleins pour constituer les ébauches des glandes.

Epithéliums glandulaires d'origine ectodermique

1° *Glandes acineuses.* — Les glandes acineuses d'origine ectodermique sont représentées par des glandes sébacées, dont on trouve quelques rudiments dans les tumeurs de Poult, de Ficheux et de Herr.

2° *Glandes tubuleuses.* — Celles qui dérivent de l'ectoderme sont les glandes sudoripares. On trouve une disposition rappelant ces glandes dans quelques kystes qui appartiennent à un certain nombre de tumeurs. Nous en avons une très belle représentation dans la tumeur de Weyl, où l'on voit de nombreux canaux interrompus par des dilatations kystiques arrondies avec, dans quelques-uns, un revêtement de cellules épithéliales hautes et cylindriques, limitées à la périphérie par une membrane basale nette. Au niveau des dilatations kystiques, d'autre part, nous voyons l'épithélium se présenter avec tous les caractères d'un épiderme : cellules épithéliales sur plusieurs couches, par place aplaties par pression réciproque et se rapprochant alors beaucoup du type de Malpighi.

Il est bien vraisemblable qu'il s'agit là de formations glandulaires, issues par bourgeonnement de l'épiderme avoisinant.

Disposition absolument identique dans la tumeur de Poult, qui possède des glandes entièrement formées, arrivées en quelque sorte à la réalisation de l'état adulte.

Elles sont revêtus de cellules épithéliales cylindriques et, par endroits, sont groupées sous forme de petits amas. Même analogie de formations dans la tumeur de Ficheux.

Ce sont là des canaux étroits, coupés dans divers sens et revêtus d'une couche régulière de cellules épithéliales. Là, en particulier, s'offre à notre observation un groupement remarquable des diverses productions annexes de l'épiderme : 1° ébauche d'appareil pilaire ; 2° glandes sébacées ; 3° glandes sudoripares. Quelques-unes de ces glandes, en voie de développement, offrent l'aspect de bourgeons épithéliaux issus d'une portion d'épiderme et s'enfonçant dans le tissu conjonctif environnant.

Ces bourgeons, formés par des cellules claires, circonscrivent une cavité plus ou moins large. Ce sont bien là des glandes en grappe en voie d'organisation.

Il semble donc bien qu'il y ait là un véritable îlot d'épiderme accompagné de ses annexes, glandes et poils, cet ensemble se groupant avec une telle richesse et une telle précision de caractères génériques qu'on croirait retrouver un fragment de peau détaché des téguments d'un embryon et semé là par hasard parmi la diversité des formations environnantes.

II. Epithéliums dérivés de l'entoderme

Ici aussi, nous avons à examiner successivement : 1° des épithéliums de revêtement, et 2° des épithéliums glandulaires.

Epithéliums de revêtement d'origine entodermique. — Ce sont d'abord des épithéliums stratifiés qui rappellent jusqu'à un certain point l'épithélium cutané, mais qui s'en distinguent en ce que les cellules les plus superficielles, bien qu'elles soient aplaties, n'ont aucune tendance à former une couche cornée.

Ils se rapprochent beaucoup des épithéliums dermo-papillaires, de l'épithélium œsophagien par exemple. Cela se révèle très nettement dans le cas de Ficheux et dans notre cas.

Plus nombreux sont les épithéliums à type cylindrique. Dans le plus grand nombre de kystes, parfois même les tapissant entièrement, on trouve une couche le plus souvent unique de cellules cylindriques, les unes simples, d'autres à plateau avec les caractères des cellules de l'intestin et de ses glandes, les autres à cils vibratiles ressemblant alors au revêtement de l'arbre bronchique. Disséminées entre ces cellules se voient, dans l'un et l'autre cas des cellules évasées en forme de coupe, qui nous paraissent être des cellules à mucus.

Cet épithélium cylindrique se retrouve dans presque toutes les tumeurs que nous étudions, et même semble prédominer dans la plupart.

La tumeur de Wetzel nous montre un assemblage frappant des diverses formations qui caractérisent un revêtement bronchique : épithélium cylindrique et à cils vibratiles, parsemé de cellules à mucus, avec, par endroits, des ébauches de glandes en voie d'évolution et partiellement entourées de cartilage.

Des kystes épithéliaux à cils vibratiles se trouvent encore dans le cas de Pupovac. La tumeur de Poult renferme aussi des kystes avec cellules cylindriques à cils vibratiles et des cellules caliciformes. Ici, tantôt ces cellules sont sur un seul rang, tantôt elles forment la couche la plus superficielle d'un épithélium stratifié, dont les cellules inférieures sont plus ou moins polygonales.

La tumeur de Herr possède aussi des kystes revêtus de cellules cylindriques ciliées avec des cellules caliciformes.

La tumeur de Ficheux présente à la fois le revêtement

des cellules ciliées et à mucus et en d'autres endroits des cellules cylindriques à plateau identique à celles de l'intestin.

Nous n'avons pu découvrir dans notre tumeur ces formations épithéliales déjà si hautement différenciées.

Enfin, nous croyons, dans un certain nombre de cas tout au moins, pouvoir rapprocher de l'épithélium cylindrique le revêtement des cellules cubiques ou cylindro-cubiques qui, dans des cas différents que nous avons envisagés plus haut, se rapprochent encore plus de l'épithélium neural.

Ici, cet épithélium cubique pourrait être interprété comme représentant un revêtement glandulaire en voie de formation et encore mal différencié qui, vraisemblablement, reconnaît tantôt une origine entodermique (et c'est le cas qui nous occupe dans ce chapitre et que nous trouvons dans la tumeur de Herr), tantôt serait un dérivé de l'ectoderme, comme dans un certain nombre des autres tumeurs.

Comme pour les kystes revêtus d'épithéliums ectodermiques, ceux que tapissent les épithéliums entodermiques poussent dans la profondeur du tissu conjonctif des cordons à cellules cylindriques ou cubiques qui représentent la naissance des glandes qui sont normalement annexées à ces épithéliums.

Nous voyons cela très nettement dans les ébauches de glandes de la tumeur de Wetzel, de Ficheux.

Quelquefois, ces bourgeons, issus de l'épithélium des cavités kystiques perdent toute relation avec ces dernières et deviennent indépendants de l'épithélium dont ils sont issus. Ils se présentent alors comme de longs cordons cellulaires, pleins ou creusés par endroits d'une lumière plus ou moins large. Ceci se voit bien en particulier dans la tumeur de Ficheux et dans notre cas.

On trouve en quelques endroits des dispositions intermédiaires dans lesquelles les cordons sont encore rattachés aux cavités par un petit pont cellulaire comme si ces cordons étaient sur le point de se détacher de leur épithélium générateur. Cela s'observe très nettement dans notre tumeur.

Epithéliums glandulaires d'origine entodermique.

1° *Glandes acineuses.* — Un certain nombre de nos cavités kystiques à cellules cylindriques hautes sans plateau ni cils vibratiles peuvent assurément être comparées à des glandes salivaires ou à des acinis pancréatiques.

Cela paraît surtout probable lorsqu'il s'agit de petites glandes en voie de développement qui sont greffées sur la paroi de nos kystes à revêtement entodermique. Certains acinis pourraient bien ne pas être autre chose que des glandes de Brünner (cas de Poult ?).

D'autres, rattachés à un épithélium cilié, rappellent les glandes qui naissent au niveau de l'appareil bronchique (cas de Wetzel).

Une mention spéciale doit être faite ici pour les glandes acineuses, nées des tumeurs qui se sont développées au niveau de la thyroïde. Nous verrons dans l'observation rapportée par Herr et que nous reproduisons plus loin *in-extenso* de très beaux follicules thyroïdes nés au sein de la tumeur, en dedans de sa capsule propre et nettement séparés par conséquent de la glande saine environnante.

2° *Glandes tubuleuses.* — Parmi les tubes issus des cavités kystiques à revêtement intestinal, quelques-uns qui se creusent d'une cavité peuvent bien être les ébauches des

glandes du grand cul-de-sac de l'estomac, des glandes de Lieberkühn ou encore de celles du gros intestin.

Après cette étude préalable des éléments les plus essentiels et les plus curieux de nos tératomes du cou, il nous a paru intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur des tératomes appartenant à d'autres régions et d'établir le parallèle qu'impose l'identité frappante qui les rapproche tous.

Nous nous contenterons de parcourir quelques observations d'entre les plus typiques qui aient été faites sur les tératomes du testicule et de noter ce qui a été dit sur les tumeurs analogues de l'ovaire. Il est vrai que les tératomes ont été trouvés en de très nombreux points de l'organisme (crâne, voûte palatine, sein, paroi thoracique, médiastin, scrobicule du cœur, abdomen, mésentère, sacro-coccyx), mais ces diverses tumeurs sont absolument identiques aux premières. Nous n'étendrons donc pas davantage cette revue qui nous mènerait trop loin.

Si nous parcourons la description des tératomes du testicule que Chevassu étudie dans sa thèse, nous retrouvons dans les tumeurs de Reclus, Margliani, Nové-Josserand, Mauclaire, Pinner et dans celle dont la description lui appartient en propre, les diverses formations que nous avons étudiées plus haut : cavités kystiques, kystes à revêtement cutané avec poils, glandes sébacées, sudoripares, kystes à revêtement cylindrique du type digestif ou respiratoire, éléments rappelant le neuro-épithélium et les plexus choroïdes.

En ce qui concerne les tumeurs tératoïdes de l'ovaire, nous nous contenterons de citer des passages de la magistrale description d'ensemble qu'en donne Pozzi dans son Traité de gynécologie :

Au sujet des formations kystiques, de leur disposition et de leurs éléments, cet auteur nous dit : « Dans une même tumeur on peut trouver accolés l'un à l'autre des kystes dermoïdes et des kystes à épithélium pavimenteux, cubique, vibratile, caliciforme, polymorphe, etc.

» Bien plus, on peut trouver réunis, dans une seule et même cavité kystique, l'épiderme avec ses annexes (poils, glandes sébacées, glandes sudoripares) et un revêtement épithélial uniforme ou polymorphe. Enfin, le revêtement interne des loges peut être entièrement constitué de peau. Mais il n'est pas rare, même dans ce cas, que le revêtement cutané soit incomplet.

» On voit, en effet, dans un grand nombre d'observations, que la peau n'existe qu'en un ou plusieurs points de la cavité dermoïde...

» Le reste de la paroi présente un aspect lisse, fibreux, ou ressemble plutôt à une muqueuse qu'à la peau. »

Après l'exposé que nous avons donné plus haut de nos tératomes du cou et des éléments qui les constituent, cette description précise se passe de commentaires.

Tissu nerveux

Nous avons parlé plus haut de cette si intéressante formation rappelant l'épithélium épendymaire et un rudiment de tube neural que Herr nous décrit dans sa tumeur. Dans la tumeur de Hess et de Wetzel, on trouve de la substance cérébrale. Dans celle de Wetzel on trouve en outre du pigment. Zahn a décrit des cellules pigmentaires isolées ou en amas allongés. Swoboda et Pupovac trouvent de la névroglie et des cellules ganglionnaires.

La tumeur de Poult est formée en majeure partie par

des éléments qui semblent représenter le cerveau et la moelle épinière de l'embryon. La tumeur de Flesch contient du tissu névroglique. Celle de Herr que nous avons citée en premier lieu renferme à la fois des ébauches de canal épendymaire et des tissus qui semblent représenter les plexus choroïdes et de plus des cellules avec prolongements protoplasmiques qui ne sont autres que des cellules des centres nerveux.

Une très remarquable disposition est décrite dans la tumeur de Ficheux concernant des rangées de cellules entre lesquelles s'étendent les traînées de pigment.

On voit en certains points les cellules elles-mêmes bourrées de ces granulations pigmentaires. Cela ressemble beaucoup et paraît identique aux cellules pigmentaires normales de la couche rétinienne. Ce serait là un tissu analogue à la couche pigmentaire de la rétine.

D'ailleurs, non loin de ces formations, au sein d'éléments formés d'un réticulum très fin avec grosses cellules à granulations chromatiques (tissu très semblable à la névroglie), on trouve un grand nombre de cellules nerveuses absolument caractéristiques.

Le tissu nerveux existe aussi assez abondamment dans les tératomes testiculaires de Chevassu. Nous y voyons encore à côté des formations neuro-épithéliales et plexus chroroïdes précités, des masses névrogliques et des ganglions nerveux.

Dans le cas de Margiali, en particulier, on trouve à la fois : système nerveux central et plexus choroïdes, rétine avec pigment, ganglions nerveux, nerfs à myéline.

Ce cas réunit donc à la fois les divers éléments nerveux que nous trouvons dans nos deux tumeurs de Flesch et de Ficheux.

D'autre part, dans les tumeurs de l'ovaire, Pozzi signale également la présence du tissu nerveux.

Tissu musculaire.

Le tissu musculaire se rencontrait dans les tumeurs de Wetzel, de Flesch. Certaines tumeurs contiennent les deux sortes de tissu musculaire, lisse et strié ; par exemple, celles de Pupovac et de Poult. Celle de Mac Gregor ne renferme que du tissu musculaire lisse. De même, celle de Ficheux. Dans cette dernière, on voit en un certain point les fibres lisses venir former un revêtement continu à un kyste revêtu d'épithélium cylindrique et qui représente très vraisemblablement le conduit excréteur d'une glande.

Des fibres musculaires, lisses et striées, se retrouvent dans le plus grand nombre des tumeurs testiculaires de Chevassu, dont nous avons déjà parlé.

On voit ces fibres musculaires former une enveloppe à certains kystes dans les tumeurs de Mauclaire et de Pinner.

De même dans les tératomes de l'ovaire, au dire de Pozzi, le tissu musculaire lisse et strié ne fait pas défaut.

Tissu vasculaire

Ce tissu est plus ou moins développé suivant le cas. Le cas de Malravens nous montre au sein de la tumeur des petits vaisseaux capillaires. Weyl décrit des vaisseaux sanguins si nombreux que par endroits ils rappellent un véritable angiome. De même, dans le cas de Mac Gregor

on voit en certains points une telle abondance d'artères, de veines et de capillaires, qu'on croirait voir en un endroit un angiome capillaire.

Des vaisseaux sanguins sont encore notés dans les cas de Zahn, Schimmelbusch, Swoboda, Herr, et notre cas.

Les vaisseaux se voient aussi en assez grande abondance dans les tératomes du testicule. Certaines de ces tumeurs en sont particulièrement riches. Chevassu, de même que Weyl, trouve aussi dans sa tumeur des amas de vaisseaux qui ressemblent à un angiome.

Quant aux tératomes de l'ovaire, nous n'avons pas trouvé dans Pozzi la description de leurs vaisseaux qui très probablement doivent abonder comme dans la généralité des tératomes.

Tissu cartilagineux

On rencontre assez fréquemment du cartilage dans nos diverses tumeurs. Celles de Zahn, de Schimmelbusch, de Wetzel, de Pupovac, de Carter, de Poult, Flesch, Mac Gregor, Ficheux, la nôtre en contenaient. Il s'agit le plus souvent de cartilage hyalin embryonnaire. Tantôt il se dispose sous forme de masses irrégulières comme dans le cas de Ficheux, et dans certains points de notre tumeur, tantôt il forme de longs boyaux sinueux et ramifiés comme dans notre cas. Le cartilage se retrouve aussi dans tous les tératomes du testicule dont nous avons parcouru la relation. Il existe de même dans ceux de l'ovaire.

Tissu osseux

Il existe surtout en grande abondance dans notre tumeur sous forme de larges nodules et placards en connexion intime avec les cavités kystiques.

Il n'existe pas dans la tumeur de Ficheux. Mais on le trouve dans les cas de Zahn, Wetzel, Pupovac et Poult.

Les productions osseuses ne sont pas rares non plus dans le tératome du testicule. Dans le cas de Reclus, on trouve un os tout formé. Le tissu osseux est en grande abondance dans la tumeur de Pinner. Dans celle de Chevassu on voit un os se développer aux dépens du cartilage.

Pozzi nous dit à propos des tératomes de l'ovaire : « L'ossification est assez fréquente dans les tumeurs mixtes comme dans les kystes dermoïdes purs ; mais l'étude des tumeurs mixtes fait ressortir ce point intéressant, que les plaques osseuses ne sont pas forcément voisines des loges dermoïdes et que, dans certains cas, elles en sont complètement indépendantes » et dans la dernière partie de cet exposé, Pozzi veut nous indiquer que la disposition de ces plaques osseuses démontre bien que ce ne sont pas là des formations aberrantes, enclavées dans des cavités kystiques qui leur seraient étrangères, mais que l'ensemble forme en quelque sorte bloc, et dérive du même processus.

Tissu conjonctif

Il constitue la plus grande partie de la masse de nos tumeurs. Il apparaît parfois à nu, limitant les cavités kystiques ou bien c'est sur lui que repose leur revêtement le plus souvent directement et san interposition de basale.

On voit encore ce tissu conjonctif s'avancer en certains endroits, à l'intérieur des kystes et former l'axe de sortes de végétations papillaires revêtues d'épithéliums variés. D'autres fois, le tissu conjonctif s'épaissit autour des kystes et leur forme comme une membrane d'enveloppe

(cas de Zahn, de Weyl). Divers types de ce tissu se rencontrent dans les différentes tumeurs. C'est du tissu conjonctif embryonnaire dans les tumeurs de Schimmelbusch, Pupovac, Mac Grègor et Ficheux.

Dans certaines tumeurs, on trouve du tissu conjonctif adulte, qui affecte diverses modalités : lamelleux dans notre tumeur, fibreux dans les cas de Carter, Poult, Herr et Ficheux,. Myxomateux dans les cas de Malravens, Ficheux, et notre cas.

Enfin on rencontre du tissu adipeux dans les tumeurs de Flesch, Poult et Ficheux.

Ces diverses variétés de tissu conjonctif se retrouvent également dans les tumeurs tératoïdes du testicule et de l'ovaire.

Transformation maligne et généralisation

Sans empiéter ici sur l'étude de l'évolution de ces tumeurs, nous pouvons dire un mot sur la dégénérescence qui frappe parfois leurs épithéliums. Les cas paraissent rares où elles se soient réellement comportées comme de vraies tumeurs malignes. Dans ce cas, deux processus distincts se sont particulièrement dessinés : 1° la transformation épithéliomateuse. Si elle ne se manifeste pas d'une façon absolument nette dans certaines tumeurs (car il est difficile de prévoir quelle eût été l'évolution ultérieure de certaines qui ont occasionné des troubles graves nécessitant une opération immédiate ou qui ont même entraîné la mort par asphyxie avant d'avoir pu atteindre un développement très avancé), du moins elle semble s'indiquer dans quelques-unes d'entre elles tant par leur accroissement rapide survenant brusquement, que par leur

consistance molle et leur structure microscopique. Par exemple, la tumeur de Weyl, où l'on constate l'abondance particulière des tubes épars dans le tissu conjonctif entre les kystes, ceux de Poult, où l'on voit des amas compacts de cellules épithéliales répandues çà et là.

2° Un autre processus est la dégénérescence sarcomateuse qui s'accuse surtout dans la tumeur de Mac Gregor, où l'on voit des cellules volumineuses ayant la forme de colonnes avec un noyau ovale.

Enfin, notons aussi les apparences très curieuses de dégénérescence angiomateuse en même temps qu'adénomateuses dans les tumeurs de Weyl et de Mac Gregor.

Les cas sont rares où l'on a pu voir une localisation secondaire d'un tératome. Cependant, Decouvelaere et Augier (dans le *Journal des Sciences médicales de Lille,* 28 février 1903), citent le cas de la localisation secondaire au niveau du cou d'un tératome du testicule ayant subi la dégénérescence maligne. Les mêmes formations que nous avons trouvées dans tous les tératomes se retrouvaient dans cette tumeur tératoïde secondaire.

D'autre part, Pozzi, dans son Traité de gynécologie, rapporte le cas observé par Poupinel, dans lequel un kyste muqueux de l'ovaire, qui contenait des nodules cartilagineux, fut suivi de généralisation.

Un autre exemple de la généralisation des tératomes semble fourni par la tumeur de Pupovac, qui trouva dans les ganglions de la région les trois parties constituantes de la tumeur principale.

PATHOGENIE

1° *Diplogenèse par inclusion Théorie du fœtus in fœtu.*

C'est la théorie soutenue par Geoffroy Saint-Hilaire et Dareste.

Dans une grossesse double, un des germes moins développé que l'autre serait peu à peu englobé par ce dernier.

Mais cette théorie, si elle paraît pouvoir expliquer quelques cas, ne saurait s'appliquer à tous. De nombreuses objections lui sont faites. Par exemple, elle n'explique pas la multiplicité des tératomes ; d'autre part, on ne comprend pas comment certaines de ces tumeurs peuvent renfermer une si grande quantité d'organes, par exemple 200, 300 dents, si bien qu'on ne peut les attribuer à un seul embryon.

Les théories de Bard, de Fol et de Marchand ont voulu répondre à ces objections sans toutefois apporter d'arguments décisifs.

2° *Théorie de l'hétéropie plastique.*

C'est la théorie de Lebert qui croit trouver une explication dans une aberration spéciale de la nutrition.

3° *Théorie de l'enclavement*

Elle a été émise par Verneuil, qui croyait que les kystes provenaient d'un pincement des téguments au niveau d'une fente embryonnaire, telle que les fentes branchiales. Nous avons vu au début de notre thèse où nous avons exposé les principaux traits de cette question, comment Vialleton a bien mis ce point en évidence, du rôle effacé que jouent les fentes branchiales dans le développement du cou. D'autre part, même si ces dernières devaient être prises en considération, cette théorie ne pourrait pas expliquer la présence de kystes dans des régions où il n'y a jamais eu de sillons. Enfin, on ne comprendrait pas qu'une portion de peau enclavée puisse produire la diversité de formations que nous trouvons dans nos tératomes.

4° *Théorie de la parthénogénèse*

Waldeyer, Mathias Duval, Wilms, ont soutenu cette théorie, qui émet l'hypothèse d'un développement de l'ovule en dehors de l'intervention d'une fécondation par l'élément mâle ou encore le développement d'un œuf sous l'influence d'une fécondation héréditaire et latente.

La reproduction parthénogénésique se présente naturellement chez certaines classes d'invertébrés, par exemple chez les pucerons qui peuvent procréer ainsi plusieurs générations de femelles sans fécondation préalable.

D'autre part, diverses expériences de laboratoire ont pu réaliser artificiellement chez des annélidés, échinodermes, oursins, des commencements de segmentation de leurs œufs et quelquefois la réalisation de formes assez parfaites.

Mais la possibilité de pareilles productions chez les vertébrés reste encore à démontrer. D'autre part, la parthénogénèse ne se produit qu'à la maturité sexuelle.

Or, la plupart des tératomes sont congénitaux ou se développent dans les premiers mois de la vie. De sorte qu'il faudrait admettre la parthénogénèse chez les embryons.

D'autre part, si à la rigueur on pourrait admettre cette théorie pour expliquer certains tératomes de l'ovaire ou du testicule, ceux du cou et d'autres régions éloignées des glandes génitales ne peuvent évidemment pas bénéficier de cette explication.

5° *Théorie de la cellule nodale*

Elle fut émise par Bar, qui voit dans une sorte d'inclusion d'une cellule jeune, non encore différenciée, l'explication de la genèse des tissus divers qui devaient dériver normalement de cette cellule et qui se développent alors à l'endroit où elle s'est en quelque sorte égarée. Cette théorie se rapproche beaucoup de la théorie blastomérique qui suit.

6° *Théorie blastomérique*

Cette théorie, issue des travaux de Roux sur les œufs des batraciens fut l'objet de nombreux débats contradictoires.

En détruisant un blastomère, Roux obtient un hémiembryon. Chabry, surtout, par des expériences très ingénieuses, en séparant les blastomères d'une façon complète (tandis que Roux n'avait fait que tuer et produire l'atrophie de l'un des deux), Chabry obtint cependant aussi un hémiembryon, dont l'autre moitié ne pouvait pas avoir été

gênée dans son développement par la présence de son collatéral atrophié. Cependant, Hertwig, par le même procédé, parvient à obtenir un embryon complet, mais plus petit. Enfin, Driesh, en isolant les blastomères, provoque la formation d'autant d'embryons qu'il y avait de blastomères.

Il semble donc après cela que les blastomères seraient équivalents entre eux et que ce n'est qu'au cours de leur développement qu'ils se différencient suivant leur destination et leur rôle.

De ces diverses expériences, on est amené à conclure ceci : si l'on admet dans le blastula une inclusion de l'un des blastomères primitifs, celui-ci évoluant à part pourra donner dans un embryon une tumeur tératoïde qui est une sorte de second embryon incomplet.

Mais comme ces éléments ne se développent pas à leur place normale et sont de ce fait dans de mauvaises conditions de vitalité, ils n'atteignent jamais un degré de développement bien avancé et s'atrophient bientôt.

S'ils deviennent plus volumineux et plus avancés dans leur développement, dans l'ovaire, c'est que les conditions favorables à leur vitalité sont plus accentuées dans cet organe.

Cette théorie blastomérique nous paraît donc comme la plus séduisante de toutes, bien qu'elle demeure encore une hypothèse. Cependant, seule d'entre les autres théories, elle nous semble fournir l'explication la plus satisfaisante à la grande variété de localisation de ces tumeurs. D'ailleurs, elle se base sur des données plus conformes à l'expérience et aux travaux les plus récents des histologistes et des anatomo-pathologistes.

ETUDE CLINIQUE

Les tumeurs se développent chez les enfants de l'un comme de l'autre sexe, sans prédilection marquée. Elles sont le plus souvent congénitales. Elles continuent à se développer après la naissance, et c'est parfois près de 10 mois, 2 ans après, que leur volume et la gêne qu'elles apportent à la déglutition et à la respiration impose une opération. Dans d'autres cas où elles n'occasionnent aucun trouble, on a pu les retrouver jusqu'à l'âge adulte et même jusqu'à un âge assez avancé.

L'enfant peut mourir peu de temps après sa naissance. Ordinairement, la tumeur n'occasionnera des troubles dysphagiques et asphyxiques que quelques mois plus tard, 6 ou 9 mois par exemple. Leur accroissement n'est pas toujours régulier. Lent dans certains cas au début, il peut subitement et sans cause apparente affecter une marche rapide qui précipite l'arrivée des troubles de compression. Dans quelques cas, la tumeur n'existait pas au moment de la naissance, et n'est apparue qu'au bout de quelques semaines ou quelques mois (cas de Malravens, Weyl, von Reklinghausen).

A l'inspection, on remarque la déformation du cou dont les organes sont comprimés ou refoulés. La palpation montre les contours irréguliers, la consistance inégale et les adhérences très fréquentes au plan profond. Le diagnostic

ne peut être fait qu'après examen macroscopique et quelquefois même microscopique des coupes de la tumeur.

On est toutefois guidé dans la recherche du diagnostic par des considérations diverses, telles que l'apparition du néoplasme à la naissance, sa consistance inégale, certaines portions ayant une consistance osseuse tandis que d'autres se révèlent kystiques par leur mollesse et la sensation de fluctuation qu'elles donnent à la palpation. Il est certain, toutefois, qu'un examen histologique est absolument nécessaire pour différencier ces tumeurs d'autres tumeurs également congénitales et très fréquentes dans cette région : les lymphangiomes kystiques congénitaux.

Le seul traitement est l'extirpation chirurgicale, toujours périlleuse parce qu'il s'agit d'enfants très jeunes, que cette opération n'est demandée le plus souvent que lorsque les premiers troubles d'asphyxie par compression du larynx ou des vaisseaux du cou mettent l'enfant dans un état de moindre résistance et l'exposent davantage au shock opératoire.

Cette opération doit donc être menée très rapidement.

La peau est incisée, la tumeur soulevée et séparée peu à peu des parties environnantes où elle adhère presque toujours. Pour y parvenir, le chirurgien se tient au-dessus de la capsule et suit les points de clivage qui la relient aux parties adjacentes. Le drainage s'impose après l'opération dans la plupart des cas.

La guérison après l'opération paraît le plus souvent définitivement acquise.

OBSERVATIONS

Observations I à XI

Nous ne citerons que pour mémoire les 12 premières observations, celles de Gras, Morand, Joube, Studenki, Bury, Gilles, Renner, Adelmann, Herr, Boucher, Magitot, qui sont citées à grands traits dans la thèse de Ficheux, et dont l'étude anatomique, la plus intéressante, n'a pas été relatée.

Observation XII

Zahn décrit un tératome de la glande thyroïde chez le premier de 2 jumeaux, mort à 7 mois. La tumeur s'étendait depuis le menton jusqu'au sternum et latéralement jusqu'à l'oreille droite. Son volume atteignait celui d'un poing.

Elle adhérait au larynx, à la trachée, à l'œsophage.

Les éléments conjonctifs étaient représentés par de petites cellules rondes, de rares tractus conjonctifs, des vaisseaux sanguins. On y voyait des formations épithéliales sous forme de tubes et follicules fermés. Les cellules épithéliales sont cubiques et cylindriques et disposées sur une couche. Certaines cavités kystiques reposent sur une mem-

brane conjonctive d'enveloppe. Çà et là, se trouvent des îlots cartilagineux et osseux et des cellules pigmentaires isolées ou en amas allongés.

Observation XIII

Von Recklinghausen cite le cas d'une femme de 56 ans, qui depuis 15 ans portait dans un goître un volumineux enchondrome avec kystes épithéliaux glandulaires.

Observation XIV

Schimmelbusch trouve chez un nouveau-né une tumeur de consistance solide qui était creusée de cavités et contenait du tissu conjonctif, des vaisseaux, du cartilage, des bourgeons épithéliaux solides ou creusés d'une lumière.

Observation XV

Wetzel décrit chez un nouveau-né qui mourut quelques temps après sa naissance, par suite de phénomènes de compression, une tumeur située au-dessous de l'os hyoïde qui occupait la place du corps thyroïde, enveloppait le larynx et la trachée.

On pouvait voir dans cette tumeur de nombreuses cavités kystiques avec épithélium aplati, cylindrique, à cils vibratiles ou à mucus. En d'autres points, on trouvait des formations glandulaires, des ébauches imparfaites de glandes entourées en partie de cartilage et rappelant ainsi les bronches, en même temps que du tissu musculaire, os

seux, cartilagineux. Plus loin on voyait de la substance cérébrale et du pigment.

Observation XVI

Swoboda décrit chez un enfant de 8 jours une tumeur qui s'étendait depuis l'oreille jusqu'au delà de la ligne médiane et qui était nettement séparée de la glande thyroïde.

Elle provoqua plus tard de la dypsnée et fut extirpée à 21 semaines.

Cette tumeur contenait surtout de la névroglie et des cellules ganglionnaires situées entre des faisceaux conjonctifs et des vaisseaux.

Observation XVII

Pupovac montre chez un nouveau-né une tumeur située entre le sterno-cléido-mastoïdien et les gros vaisseaux du cou d'un côté, et de l'autre le larynx et la trachée. La grosseur était celle d'un œuf d'oie. On y trouvait du tissu cartilagineux osseux, musculaire, lisse et strié, du tissu conjonctif embryonnaire, du tissu névroglique, des glandes et des kystes épithéliaux en partie à cils vibratiles. On y trouvait aussi des follicules lymphatiques ; le tout était enveloppé d'une capsule.

Observation XVIII

Malravens, chez un enfant de 14 mois, décrit une tumeur de la partie médiane du cou qui va depuis la ré-

gion sus-hyoïdienne jusqu'à la partie supérieure du sternum, constituée par une masse bosselée de consistance élastique avec noyaux très durs. Le scalpel grince à la coupe et la surface de section présente en certains points des dépôts calcaires.

La tumeur est constituée de follicules papilliformes avec de véritables cordons pleins. Les follicules sont tapissés par une ou plusieurs couches de cellules épithéliales tantôt cylindriques, tantôt aplaties. On voit en certains endroits de petits vaisseaux capillaires. En d'autres points il y a du tissu myxomateux.

Observation XIX

Weyl décrit chez une fille de 10 mois une tumeur située dans l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche qui grossit depuis l'âge de 3 semaines et s'accroît parfois brusquement par poussées subites. La tumeur est de consistance inégale, molle en certains points, plus dure ailleurs, elle est adhérente aux parties profondes et la peau n'est pas mobile sur elle. Cette tumeur finit par entraîner la mort par suffocation.

Le tissu fondamental se composait de grosses cellules épithélioïdes polygonales. A l'intérieur de ce tissu, se voyaient des vaisseaux sanguins si nombreux en certains endroits qu'ils simulaient un angiome.

Dans ce tissu fondamental et sous forme de traînées irrégulières, se voient des formations épithéliales nombreuses sous forme de tubes, et des canaux interrompus par des dilatations kystiques arrondies.

Dans certaines de ces formations, les cellules épithéliales sont toutes cylindriques, reposant sur une membrane

basale nette. Les cellules des kystes ressemblent par endroits à celles du réseau de Malpighi.

Les cavités épithéliales les plus volumineuses sont séparées du tissu de granulations qui les entoure par des faisceaux conjonctifs tassés les uns contre les autres et disposés concentriquement.

Observation XX

Bolton Carter trouve chez un nouveau-né une grosse tumeur multiloculaire, mi solide, mi kystique. Cette tumeur se composait de cavités glandulaires revêtues d'épithélium, de cartilage, de tissu conjonctif ordinaire et de tissu fibreux.

Observation XXI

Jacob Poult nous montre chez un enfant de 2 mois une tumeur développée sous l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche et s'étendant jusqu'à la clavicule.

Cette tumeur, opérée à 2 mois, avait le volume d'une petite pomme. Elle renfermait un tissu analogue au cerveau et à la moelle épinière embryonnaire, des fragments de la couche pigmentaire de la rétine, des kystes revêtus de cellules épithéliales cylindriques, cubiques ou aplaties, de cellules caliciformes ou à cils vibratiles. Des glandes complètement formées avec membrane propre et cellules épithéliales cylindriques. En certains points, des amas compacts de cellules épithéliales, les cellules extérieures étant de forme cylindrique et les cellules centrales parfois aplaties et sans noyaux. Ailleurs, des petits amas de glandes su-

doripares. La masse de la tumeur se composait de tissu conjonctif sous la forme fibrillaire et à des stades de moindre différenciation. A l'intérieur se voyaient quelques petits amas de cartilage hyalin, du tissu osseux, du tissu musculaire strié et lisse.

Observation XXII

Flesch et Winternitz montrent dans deux cas de goître congénitaux des kystes à épithélium cylindrique, des glandes, du tissu conjonctif, adipeux, musculaire, cartilagineux et névroglique.

Observation XXIII

Mac Gregor et Workmann décrivent chez une fillette de 3 semaines un volumineux tératome qui occupait le côté gauche du cou et s'étendait de la clavicule jusqu'au milieu de la joue et descendait d'autre part au-dessous du cartilage thyroïde.

Des symptômes d'asphyxie par compression nécessitèrent une opération qui eut lieu le vingt-quatrième jour et fut suivie de guérison définitive.

Cette tumeur adhérait par sa capsule au cartilage thyroïde, aux muscles et à l'os hyoïde. La consistance variait suivant les points, fluctuante ou cartilagineuse par endroits. Son volume était à peu près celui d'un œuf de dinde. Elle était formée d'une masse kystique multiloculaire, avec masses solides très vasculaires et régions cartilagineuses. A l'étude microscopique on y trouve des parties kystiques revêtues, soit d'une seule couche de cellules

cubiques, soit de plusieurs assises de cellules. En certains points se voient des cellules volumineuses ayant la forme de colonnes avec un noyau ovale.

Ces derniers kystes présentent tous les caractères de conduits glandulaires dilatés et donnent une apparence adénomateuse aux coupes de la tumeur. Entre les kystes on trouve du cartilage, du tissu conjonctif à cellules fusiformes, du tissu musculaire lisse, des artères, des veines et des capillaires. Ces derniers présentent même en un point un aspect angiomateux.

Observation XXIV

Ficheux, dans sa thèse inaugurale, nous donne une étude très approfondie d'une tumeur opérée chez un enfant de 4 mois 1/2, tumeur qui existait déjà au moment de la naissance. Des symptômes de compression nécessitèrent plus tard l'opération, qui fut suivie de guérison définitive. La tumeur a dans son ensemble une forme cubique, mais est partagée en lobes irréguliers, dont l'un, le plus volumineux, se prolonge en arrière, en bas et à gauche, tandis qu'un autre lobe descend jusque derrière le sternum. Cette tumeur adhère étroitement aux vaisseaux situés entre les sillons des lobes. Le pôle inférieur comprime un organe qui paraît être le thymus. La tumeur est encore adhérente à la partie supérieure de la trachée et au paquet vasculo-nerveux du côté gauche sur une assez grande étendue. Sa consistance est très inégale : en certains points, molle comme au niveau de cavités kystiques, en d'autres points presque ligneuse. Elle est hérissée de bosselures très nombreuses et une capsule épaisse l'enveloppe.

On voit sous la capsule proéminer une série de grains

d'apparence vésiculeuse, à paroi plus ou moins mince et renfermant un liquide clair ou blanchâtre.

A la coupe on trouve un grand nombre de kystes à contenu visqueux. Çà et là se voient des nodules cartilagineux et des traînées ou des amas de formations pigmentaires.

L'étude microscopique fait découvrir des cavités kystiques, tapissées d'épithéliums différents. Les uns sont à cellules hautes et renferment des cellules à mucus, l'ensemble rappelant le revêtement de l'intestin. Ailleurs, ce sont des cellules épithéliales à plateau, rappelant celles des voies respiratoires supérieures. En d'autres points, on voit des cellules cubiques ou cylindriques à plateau se soulever pour former des végétations papillaires irrégulières, formées d'un axe conjonctif et coupées dans tous les sens. En certains endroits apparaissent des bourgeons épithéliaux épais à plusieurs couches, rappelant la structure de la couche épithéliale des muqueuses dermo-papillaires.

Çà et là sont des amas de pigments qui se voient même à l'intérieur des cellules et les rendent analogues aux cellules pigmentaires normales de la couche rétinienne. Dans leur voisinage se voient un grand nombre de cellules nerveuses dans un tissu formé d'un réticulum très fin, qui donne à l'ensemble l'apparence de la névroglie.

On voit dans certaines coupes des bourgeons épithéliaux pleins, formés de cellules claires, analogues aux cellules de Malpighi. Plus loin, des formations rappellent l'aspect des glandes sébacées, des glandes sudoripares ou même l'appareil pilaire. En d'autres endroits semble se dessiner l'ébauche de glandes en grappe. Dans le corps de la tumeur on rencontre enfin toutes les variétés de tissu conjonctif : tissu conjonctif jeune, adulte, tissu adipeux, tissu muqueux, tissu cartilagineux hyalin, tissu musculaire à fibres lisses.

Observation XXV

La tumeur de Herr dont nous avons pu retrouver et traduire la relation, nous présente chez un nouveau-né, une tumeur occupant la région sous-maxillaire gauche, qui s'étend de la parotide à la clavicule et au-delà de la ligne médiane du cou. Son plus grand diamètre transversal est de 10 cm.; du bord supérieur au bord inférieur, elle a 8 cm., et la plus grande circonférence horizontale est de 19 cm. Le lobule de l'oreille gauche est poussé en haut. La peau n'est pas adhérente. Le sterno-cléido-mastoïdien est dévié à gauche. La trachée est repoussée mais pas comprimée. Le thymus et le lobe droit de la thyroïde sont normaux.

La coupe de la tumeur montra à la place du lobe gauche de la thyroïde une substance blanc-grisâtre, ressemblant en apparence au tissu cérébral, le tout étant lobulé et renfermé dans une capsule ferme et dure. La tumeur a l'apparence d'être formée partout du même tissu. Sa masse est uniforme, sauf directement sous la capsule. Celle-ci est formée de larges bandes de fibres de tissu conjonctif, dans lequel on trouve des vaisseaux, des fibres nerveuses, des fibres musculaires striées, des follicules de thyroïde et d'autres formations glandulaires. Incrustés dans la capsule, dans le tissu conjonctif ou directement dans la masse de la tumeur, sont des kystes microscopiques avec une membrane propre et entourés de fibres du tissu conjonctif. Ces kystes sont tapissés par différentes variétés d'épithélium : cylindrique, cilié, à mucus et cubique. Quelquefois le même kyste est recouvert d'épithélium cylindrique et cubique dans une étendue plus ou moins grande. Les kystes contiennent, soit une substance homogène, soit une masse for-

mée d'épithélium détaché, de leucocytes et de globules rouges. D'autres sont vides. Les follicules thyroïdes sont situés dans la capsule ou directement au-dessous, dans le corps de la tumeur. Ils apparaissent, soit comme des follicules isolés, soit plusieurs ensemble ou en rangées.

La substance principale de la tumeur apparaît au microscope comme formée d'un amas de fibres de grosseur variable, allant dans toutes les directions. Dans ce réticulum sont disséminées des cellules de différentes formes et de différente grandeur. Quelques-unes apparaissent avec des prolongements protoplasmiques. On voit à certains endroits des masses irrégulières de cellules et à côté d'elles des cavités recouvertes d'épithélium, rappelant le neuro-épithélium. On voit en d'autres endroits de belles excroissances papillaires formées d'un axe conjonctif renfermant de petits vaisseaux sanguins et tapissées d'une couche d'épithélium cubique. Ces formations ressemblent aux plexus choroïdes. Dans une certaine portion du tissu conjonctif se voient des masses de cellules qui ressemblent en certains points à des cellules sébacées. La tumeur est très vasculaire.

Cette tumeur contient donc des dérivés des 3 feuillets du blastoderme :

1° *Ectoderme* (tissu nerveux central avec des cavités et plexus-choroïdes, et des formations épidermiques).

2° *Entoderme* (des glandes produisant du mucus et des cavités avec de l'épithélium cilié ; des follicules thyroïdes) ;

3° *Mésoderme* (des fibres du tissu conjonctif, des fibres élastiques et des vaisseaux sanguins).

Observation XXVI

Nous donnons enfin en dernier lieu l'observation que M. le professeur Estor et M. le professeur agrégé Massabuau ont eu l'obligeance de mettre à notre disposition.

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, qui présente une tumeur qui occupe les deux tiers externes de la clavicule et qui a les dimensions d'un œuf de dinde. La consistance est variable suivant les points, molle à certains endroits, d'une résistance osseuse le plus généralement. La partie la plus saillante de la tumeur adhère à la peau sur une faible étendue. Les extrémités de la clavicule et ses articulations sont intactes.

La tumeur fut opérée le 7 février 1907. On enlève la clavicule et la partie des pigments qui adhère au néoplasme. La cicatrisation est très rapide, et le 9 août 1908 la malade ne présente pas de récidive.

Examen macroscopique. — La tumeur, du volume d'un œuf de poule, est entourée par une sorte de capsule, très légèrement mamelonnée et vascularisée.

A la coupe médiane intéressant la clavicule on voit que la tumeur est constituée par des loges kystiques de volume variable : les plus volumineuses ont les dimensions d'une petite noisette ; il en est qui ont le volume d'une tête d'épingle : leur ensemble constitue un gâteau aréolaire ressemblant à un gâteau de miel ou à du pain bien levé. Les parois des cavités sont rigides : de place en place on trouve des petites masses qui s'étirent en travées résistantes et donnent l'impression du cartilage ou de l'os. Le contenu des

kystes est formé par un liquide muqueux, en certains points légèrement hémorragique.

Au voisinage de l'os on constate l'usure de la clavicule par la tumeur. En un point la capsule de la tumeur se continue directement avec le périoste. Là cette capsule s'épaissit et se continue dans la masse néoplasique par une petite masse dure, compacte, nacrée, ressemblant à un nodule cartilagineux.

Examen histologique. — La tumeur est formée par une agglomération de kystes de volume variable : les plus volumineux sont absolument accolés les uns aux autres, d'autres plus petits sont séparés par des bandes de tissu conjonctif sur les caractères duquel nous aurons à revenir ; certains largement ouverts communiquent avec les kystes voisins.

Le point intéressant est constitué par le revêtement de ces cavités kystiques.

A ce point de vue il faut distinguer plusieurs variétés de kystes :

1° Certaines préparations sont presque entièrement constituées par des cavités plus ou moins irrégulières, tapissées par des cellules plates possédant un noyau allongé : ce sont des éléments de type endothélial, souvent les limites cellulaires ne sont pas nettement distinctes ; on se trouve en présence d'une mince lame protoplasmique bien colorée, renfermant des noyaux disposés à des distances à peu près égales les uns des autres. Parfois le revêtement endothélial est interrompu dans sa continuité par de petits amas globuleux réfringents, que l'on ne peut mieux comparer qu'à des boules de mucus.

En certains points, les cellules de revêtement de ces kystes sont plus nettes, plus saillantes et peuvent même dans certains, prendre un aspect cubique : il y a des kys-

tes dont le revêtement est uniquement constitué de cellules cubiques très régulières, possédant un noyau ordinairement central. Il existe d'autres kystes au contraire et parmi les plus grands, où tout revêtement cellulaire a disparu et dans lesquels la couche conjonctive de la paroi est à nu dans la cavité kystique : très souvent les kystes de cette nature s'ouvrent dans d'autres cavités.

2° Il existe une deuxième variété de kystes dont le revêtement est formé par des cellules épithéliales plates disposées sur plusieurs couches. Sur les coupes, ces cellules apparaissent nettement séparées les unes des autres, elles ont un contour polygonal assez régulier, mais en aucun point elles ne se disposent avec l'aspect des cellules de l'épithélium de la peau ou d'une muqueuse dermo-papillaire : les couches superficielles aplaties ou cornées n'existent pas et nous n'avons pu voir de véritables cellules malpighiennes. Les cellules les plus profondes souvent arrondies ou ovalaires s'implantent directement sur la couche conjonctive.

Les deux variétés de kystes que nous venons de décrire ont des rapports très étroits : dans certaines cavités on voit en effet le revêtement de cellules aplaties ou cubiques se transformer en un épithélium pluristratifié.

Dans toutes ces cavités kystiques s'élèvent des végétations mais partout très peu abondantes : elles sont constituées par un axe conjonctif et par un revêtement de cellules aplaties du type endothélial : il n'est pas rare à la base de ces papilles de voir le revêtement aplati devenir multistratifié.

Un point intéressant de la structure de ces kystes est le suivant :

Il n'est pas rare de voir une prolifération de cellules

épithéliales de revêtement se faire non dans la cavité kystique mais en dehors dans le tissu conjonctif péri-kystique.

Ainsi se constituent des traînées de cellules polygonales à gros noyau clair, cellules qui revêtent en certains points un type pavimenteux précis : ces cordons cellulaires s'isolent dans le tissu conjonctif pour constituer des amas de cellules dont quelques-unes présentent un type malpighien net.

Dans ces amas de cellules interkystiques apparaissent souvent des cavités centrales dues probablement à la dégénérescence cellulaire : la petite masse est transformée en une sorte de petit kyste à revêtement épithélial très épais. Peut-être surprend-on en de tels points le processus de formation de kystes nouveaux : nous ne saurions l'affirmer absolument.

A côté des kystes revêtus de cellules plates ou cubiques, existent d'autres cavités revêtues de cellules épithéliales cylindriques hautes, disposées sur un seul rang : nous n'y avons point constaté de cils vibratiles, très souvent le revêtement épithélial de ces kystes prolifère et forme dans la cavité des bourgeons épithéliaux formés de cellules hautes ou simplement polyédriques par compression réciproque. Dans ces amas papilliformes, se creusent des cavités arrondies, dues à une dégénérescence muqueuse et qui donnent à la prolifération épithéliale un aspect cylindromateux : il est des points de nos préparations où le type histologique est absolument comparable à celui d'un kyste mucoïde de l'ovaire.

4° Outre ces deux types de formations kystiques, kystes revêtus d'épithélium plat, kystes revêtus d'épithélium cylindrique ou cubique, existent de grandes cavités, véritables lacunes creusées dans le tissu conjonctif, à contour irrégu-

lier, très nombreuses en certains points, simplement revêtues par quelques cellules plates de tissu conjonctif. Quelques-unes de ces cavités dont les parois sont déchiquetées s'ouvrent dans les kystes à revêtement régulier, aplati ou cubique. En tout cas, on trouve dans notre tumeur les termes de passage, les formes de transition entre les fentes lymphatiques du tissu conjonctif dilaté, de grandes lacunes lymphatiques irrégulières, véritables kystes lymphangiomateux et les kystes plus réguliers à revêtement épithélial plat ou cylindrique.

Le tissu conjonctif au sein duquel sont situées les formations kystiques est lui aussi d'aspect variable ; le plus souvent il se présente sous forme d'un tissu lamelleux richement vascularisé ; tantôt il prend un aspect myxomateux : on y rencontre des placards cartilagineux disséminés.

Au voisinage de l'os, on constate la même structure ; mais à mesure que l'on va vers l'os normal, les travées osseuses deviennent plus larges, et l'on voit apparaître un tissu médullaire de plus en plus marqué, tandis que les cavités kystiques à revêtement épithélial deviennent de plus en plus rares. Au niveau des placards osseux, il y a connexion intime entre eux et les cavités kystiformes : les travées osseuses sont en outre bordées d'ostéoblastes volumineux et de cellules ostéoblasiques qui nagent par places dans des foyers hémorragiques.

Nous pouvons donc dire que l'on retrouve encore dans notre tumeur des dérivés des 3 feuillets du blastoderme. Nous les avons analysés et classés au cours de notre étude. Nous n'ajouterons donc rien ici à notre observation.

CONCLUSIONS

I. Il existe au niveau du cou des tumeurs à tissus complexes. Ces tumeurs sont appelées tératoïdes ou embryoïdes. Elles présentent une structure complexe qui les distingue nettement des autres tumeurs congénitales de cette région et en particulier des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Ce sont des formations dans lesquelles on trouve des dérivés des 3 feuillets blastodermiques se présentant souvent sous l'aspect de tissus ou même d'organes arrivés à un état de développement assez avancé.

II. Depuis les travaux de M. Vialleton sur la formation du cou chez l'embryon, travaux qui sont venus compléter et souligner ceux de Soulier et de Bardier sur la même question, on n'a plus aucune raison, comme on se croyait obligé de le faire jusqu'à nos jours, d'expliquer la genèse de ces tumeurs par un processus local, spécial à la région du cou et qui les apparentait à l'ensemble des tumeurs appelées branchiogènes.

III. Si l'on cherche dès lors quelle place on doit leur assigner parmi les processus pathogènes qui se présentent avec une physionomie identique dans des régions variées de l'organisme, il semble rationnel de les assimiler à ces tumeurs complexes qui se ressemblent toutes d'une façon frappante et que l'on voit se développer partout avec une

structure absolument identique, si différents que soient les organes où elles peuvent prendre naissance : testicule, ovaire, rein, région sacro-coccygienne.

IV. Enfin, quand on cherche à expliquer le mécanisme intime de la naissance et de l'évolution de toutes les formations de cette nature, si séduisante que paraisse elle-même la théorie blastomérique, on est bien obligé de reconnaître qu'ici, comme chaque fois que l'on s'élève vers les grands problèmes qui touchent à la métaphysique, de l'explication et de l'interprétation des formes et des caractères, l'esprit même des savants les plus éminents est obligé de s'incliner devant le doute et la faiblesse de l'argumentation.

V. Ce sont des tumeurs relativement peu malignes ; la récidive après ablation est exceptionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Adelmann. — Cité d'après V. Ammon (Die angeborenen chir. Krankheiten des Menschen, 1852).

Augier. — *In* thèse Ficheux, Lille, 1907-1908.

Boucher. — Etude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1868.

Bury. — London Medical Gazette, 1834.

Carter. — Tératome du cou. Lancet, 28 novembre 1903.

Chevassu. — Tumeurs du testicule. Thèse Paris, 1906.

Estor et Massabuau. — Les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires du cou. Revue de chirurgie, 10 septembre 1908.

Flesch et Winternitz. — Tératomes du corps thyroïde. (Jahrbusch f. kinderheilkunde, Bd. 62, 1905).

Gilles. — De hygromaticis cysticis congeniticis. Bonn, 1852.

Grass. — Grassic Conceptus prodigiosus. Ephemer. Acad. Nat., 1691.

Herr. — Teratome of the thyroïd gland. American Journal of the med. sciences. June, 1906.

Hess. — Beitrage zur Cazuistik der geschwülste mit zeugungsalml. Inhalte. Dissertation, Giessen, 1854.

Joube. — Hist. de l'Acad. royale des Sciences, 1854.

Magitot. — Annales de Gynécologie, 1875.

Lannelongue. — Affect. congénitales (Tête et cou), 1891.
— Traité des kystes congénitaux, 1886.

Morand. — *In* Hist. nat. de Buffon.

Malravens. — Tumeur peu ordinaire du cou chez un enfant de 14 mois. Soc. belge de Chirurgie, 1889.

Mac Gregor et Workmann. — Tératome du cou chez un enfant de trois semaines. Lancet, 1906.

Poult. — Ein Teratome des Thyroïdea. Virchow Arch. v. 181.

Pupovac. — Langenbeck's Arch., 1896.

Renner. — Heusingers Beschrif f. organische Physik. Vol. 1, p. 303.

Kecklinghausen (Von). — Deutsche Med. Wochenschrift, 1892.

Schwalbe. — Malformations et Tératomes. — Central Bl. Ziëgler, 1906.

Studencki. — De quadam linguæ neonati infantis abnormitate adhuc nondum observata. Dissert. Berolini, 1834.

Swoboda. — Teratome colli strum. cyst. simulans. Wiener Klin. Wochenschrift, 1896.

Terrier et Lecène. — Les kystes branchiaux amygdaloïdes. Revue de chirurgie, 1905.

Veau. — L'épithélioma branchial du cou. Thèse de Paris 1900-1901, n° 204.

Vialleton. — Sur le rôle topographique des arcs branchiaux dans la formation du cou. Montpellier Médical, décembre 1907, et Archives d'Anatomie microscop., avril 1907.

Wetzel. — Zur Cazuistik der Teratome des Halses. Dissert. Giessen, 1897.

Weyl. — Inaug. Dissertation. München, Bl. 1900.

Wilms. — Die Mischgeschwülste. Central Bl. f. Gynek. Bd. 23 et 24.

Zahn. — Beitrage zur Geschwülstlehre. D. Zeitsch f. Chir., 1886.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 4 mars 1911
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé
Montpellier, le 4 mars 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !